# SIO SALUD INTEGRAL SAS

Nit: 901.545.738-4
Dirección: Cra 49B No 91-91 Barrio la castellana
Correo electrónico: siosaludintegral@gmail.com
Telefono: 3123530163 - 6016755655



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 643

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 30 DÍA | 11 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| LOPEZ JIMENEZ YENIFER | FEMENINO | 35 AÑOS 11 MESES 18 DÍAS | Tipo: CC | Número: 1052957433 |

Cargo
**SUPERVISORA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**PERIODICO CON RECOMENDACIONES**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACION OSTEOMUSCULAR PERIODICA ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | CONTROL DE PESO |
| | SVE CARDIOVASCULAR | HACER DEPORTE : 30 MINUTOS 4 VECES POR SEMANA |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | DIETA BALANCEADA : BAJA EN GRASA HARINAS Y AZUCARES |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma:

Dr. José Luis Rodríguez B.
Médico Especialista Salud Ocupacional
Res. S.S.T. 4350704

Nombre: RODRIGUEZ BAQUERO JOSE LUIS

R. M.: 79570561 L.S.O.:

Código de Seguridad
U1142A1G643

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Yenifer

Nombre: LOPEZ JIMENEZ YENIFER

CC: 1052957433


Software para el sector salud - www.biofile.com.co